

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI – REGIONE PIEMONTE  
**SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLA LISTA D'ATTESA PER TRAPIANTO CORNEA**  
 (DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO DI TRAPIANTO)

Da inviare **entro 24 ore** alla:  
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista – V. Genova 3 - 10126 Torino  
 Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Altro Recapito telefonico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DATI PER L'ISCRIZIONE IN LISTA D'ATTESA PER TRAPIANTO**

Data della visita \_\_\_\_\_ Centro di iscrizione \_\_\_\_\_  
 Iscrizione per:  OD  OS Progressi trapianti di cornea: OD: \_\_\_\_\_ OS n.° \_\_\_\_\_  
 Intervento di:  PK  LK  DALK  DLEK/DS-AEK  
**in caso di LK, lenticolo:**  $\emptyset$  \_\_\_\_\_ mm  $\uparrow$  \_\_\_\_\_  $\mu$ m  manuale  microcheratomo  
 Iscrizione per cornea istocompatibile  NO  SI (contattare il Serv. Immunologia Trapianti per la tipizzazione)  
 Visus residuo con la migliore correzione: OD \_\_\_\_/10 OS \_\_\_\_/10  
 Danno % (in base a tabelle INAIL): \_\_\_\_\_ %  
 Patologia corneale:  
 Cheratocono  Cheratopatia bollosa  Distrofia  Ulcera  
 Leucoma  Cheratite erpetica  Scompenso precoce  Trauma perforante  
 Altro (precisare) \_\_\_\_\_

Neovasi  NO  SI-1 Quadrante  SI-2 Quadranti  SI-3 Quadranti  SI-4 Quadranti  
 Glaucoma in trattamento  NO  SI danno funz. lieve  SI danno funz. medio  SI danno funz. grave  
 Occhio da operare  Fachico  Fachico con cataratta  Afachico  Pseudofachico  
 Ambliopia  NO  SI  
 Maculopatia  NO  SI  
 Risultato desiderato  Miglioramento acuità visiva  Ripristino struttura  Diminuzione dolore

**GENERALITÀ DEL MEDICO OCULISTA CHE RICHIEDE L'IMMISSIONE IN LISTA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_  
 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a autorizza il Medico Oculista a trasmettere questi dati alla Banca delle Cornee della Regione Piemonte e al C.R.T., per il loro trattamento anche con l'ausilio di strumenti elettronici. Il sottoscritto viene informato che il rifiuto del trapianto dovuto a motivi personali per due volte consecutive comporta la perdita dell'anzianità di lista (Protocollo Regionale Cornee, sez. 7.2). Il sottoscritto viene informato che il responsabile della Struttura di Trapianto può sospendere o escludere dalla lista di attesa il paziente che rifiuti il trapianto per motivi personali o che non collabori ad una adeguata gestione clinica pretrapianto.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_